**优势病种中医诊疗方案**

戴铭广西名中医传承工作室

2022年6月

目 录

1.眩晕（原发性高血压）中医诊疗方案 ……………………3

2.心悸（心律失常—室性早搏）中医诊疗方案……………11

3.胃痞病（功能性消化不良）中医诊疗方案………………17

4.哮证（支气管哮喘）中医诊疗方案………………………25

5.头痛（偏头痛）中医诊疗方案……………………………39

眩晕（原发性高血压）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1．中医诊断：参照中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》（中国中医药出版社，2020年8月）与《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2020年5月）。

主要症状：头晕目眩，头痛。

次要症状：头如裹，面红目赤，口苦口干，耳鸣耳聋，汗出，腰膝酸软等。

2.西医诊断：参照卫生部疾病预防控制局、中国高血压联盟和国家心血管病中心制定的《中国高血压病防治指南（2022年修订版）》。

（1）未应用抗高血压药物情况下，平均收缩压（SBP）≥140mmHg和（或）平均舒张压（DBP）≥90mmHg；

（2）既往有高血压史，目前近4周内应用抗高血压药物治疗的个体。

（二）证候诊断

1. 肾阳虚血瘀证：头晕目眩、头痛、耳鸣、畏寒肢冷、面色白、项背紧痛、神疲乏力、口唇青紫、肢体麻木、舌质淡暗或有瘀点或瘀斑、苔白、脉象沉或涩。

2．痰瘀互结证：头如裹、胸闷、呕恶痰涎、刺痛（痛有定处或拒按）、脉络瘀血、皮下瘀斑、肢体麻木或偏瘫、口淡、食少、舌胖苔腻脉滑，或舌质紫暗有瘀斑瘀点脉涩。

3．肝火亢盛证：头晕头胀、头痛、面红目赤、急躁易怒、口干口苦、尿赤便秘，舌红，苔黄，脉弦数。

4．阴虚阳亢证：腰酸膝软、五心烦热、心悸、失眠、耳鸣、健忘、舌红少苔，脉弦细而数。

5．肾气亏虚证：腰脊酸痛（外伤除外、胫痠膝软或足跟痛、耳鸣或耳聋、心悸或气短、发脱或齿摇、夜尿频、尿后有余沥或失禁、舌淡苔白、脉沉细弱。

二、治疗方案

本方案适用于18岁以上原发性高血压人群，不适用于儿童高血压、妊娠高血压、合并严重慢性肾脏疾病的高血压以及继发性高血压人群。

（一）辨证选择口服中药汤剂或中成药

眩晕病（原发性高血压）的辨证论治应以整体观念为指导，标本兼治，强调长期治疗时应以治本为主。

1. 肾阳虚血瘀证：

治法：补肾温阳，活血化瘀

方药：仙丹通脉汤加减。仙灵脾15g、桂枝10g、丹参15g、山萸肉10g、枸杞子10g、桑寄生10g、炒杜仲10g、三七（冲）3g、当归10g、川芎10g、知母6g、黄柏6g、怀牛膝10g等。

中成药：右归丸，血栓通、血栓通注射液等。

2．痰瘀互结证

治法：祛痰化浊，活血通络

方药：半夏白术天麻汤合通窍活血汤加减。生半夏（洗）10g、苍术15g、天麻10g、陈皮15g、桃仁10g、红花10g、当归、赤芍、川芎、枳实10g、白术15g、茯苓15g、薏苡仁15g、地龙10g、郁金10g等。

加减：若眩晕较重，呕吐痰涎者，可加代赭石、旋覆花、胆南星；若脘闷腹胀，便溏者，加砂仁、藿香；若寒饮内停者，可加附子、干姜；痰郁化热者去苍术加黄连、黄芩。

中成药：绞股蓝总甙片、血栓通片，醒脑静注射液等。

3．肝火亢盛证

治法：清肝泻火，疏肝凉肝。

方药：调肝降压方加减：柴胡12g、香佛12g、佛手10g、夏枯草12g、炒栀子10g、黄芩10g、丹皮10g、菊花10g、双钩藤（后下）12g、龟甲10g、鳖甲10g、何首乌15g、生地黄10g。

加减：若兼便秘者可加大黄、芒硝；若兼阳亢化风者，可加磁石、琥珀。

中成药：牛黄降压丸、龙胆泻肝软胶囊、天麻钩藤颗粒、全天麻胶囊等

4.阴虚阳亢证

治法：滋阴补肾，平肝潜阳

方药：天麻钩藤饮加减：天麻10g、钩藤10g、石决明（先煎）30g、杜仲15g、桑寄生15g、黄芩15g、炒栀子10g、益母草30g、川牛膝10g、夜交藤30g、茯神15g牡丹皮10g等。

加减：若兼身倦乏力，少气自汗者加黄芪、党参，若眠差，加生龙骨、牡蛎。

中成药：天麻钩藤颗粒、全天麻胶囊等

5．肾气亏虚

治法：平补肾气、调和血脉

方药：补肾和脉方加减：黄芪30g、黄精10g、桑寄生15g、仙灵脾10g、炒杜仲15g、女贞子10g、怀牛膝10g、泽泻10g、川芎10g、当归10g、地龙10g等。

加减：兼大便溏薄者，去当归，加白术、炒扁豆、炒山药；若兼心悸者加龙骨、珍珠母。

中成药：杞菊地黄丸、六味地黄丸（肾阴虚）、右归丸（肾阳虚），黄芪注射液、参麦注射液、生脉注射液等

（二）外治法

1.中药足浴

（1）夏枯草30克、钩藤20g、桑叶20克、菊花20g。上药制成煎剂，用时加温至50℃左右，浸泡双足，每次浴足20～30分钟，每日2次，10～15天为一个疗程。

（2）钩藤20g、吴茱萸30g、桑寄生30g、夏枯草30g，水煎1500ml，加食醋100ml，足浴30分钟，日一次，10天为一疗程。

（3）钩藤15g、野菊花10g、稀莶草30g、夏枯草20g、川牛膝20g、赤芍20g、川芎15g葛根20g、花椒10g，赤足泡药中，浸过踝部，双足互搓，每次30分钟，日一次，10天为一疗程，间隔3天，做第二疗程。

2.耳穴压豆

（1）常用穴：耳背沟、肝、心、交感、肾上腺；备用穴：耳神门、耳尖、肾。常用穴取3～4个，酌加备用穴，以7mm×7mm的胶布，将王不留行籽贴于所选之处，贴近后并稍加压力，使患者感胀痛及耳部发热。每2日换贴一次，每次一耳，双耳交替，15天为一疗程。

（2）肾气亏虚证、肝火亢盛证、阴虚阳亢证选用肾、枕、皮质下；痰浊壅盛证选用脾、枕、皮质下。

（3）操作流程：①将胶布剪成0.5cm×0.5cm的小方块，将磁珠粒或生王不留行籽或白芥子或六神丸贴在胶布中央备用。②然后用75%酒精棉球消毒耳廓，将贴有药籽的胶布贴压穴位。③贴压后用手指按压穴位半分钟，嘱患者每日按压5次，每次10分钟，局部微热微痛为宜。④每次贴一耳，双耳交替，症状重者可双耳同贴。

3.穴位敷贴

（1）肾精不足证：吴茱萸散（吴茱萸1份，清醋1份），贴敷涌泉、太溪、太冲穴。痰浊中阻证：吴茱萸散贴敷丰隆、解溪、内关。肝阳上亢证：清肝散（吴茱萸1份，黄连6份，清醋1份），贴敷涌泉、太溪、太冲穴。

（2）生大黄2g、石决明5g、牛膝5g、冰片0.5g，诸药为沫，过600目筛，适量凡士林调为糊状，等分4份，均匀涂于自粘性无菌敷料上，贴于双侧穴位，日一次，每次贴6小时，次日对时更换，15日为一疗程，可连续2个疗程或以上。肝阳上亢证：曲池、风池、合谷、太冲；痰浊中阻证：曲池、合谷、丰隆、太溪。肾精不足证：曲池、合谷、足三里、三阴交。

（3）平潜降压贴

（4）安神贴

4.拔罐

选用大杼至膀胱俞走罐，足三里、阳陵泉、太溪穴闪火法拔罐治疗。

5.龙砂特色针法（双合+少阳）

（三）其他疗法

1.养生调摄方法见表1

表1  防治眩晕（高血压）的调摄法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 措施 | 目标 | 收缩压下降范围 |
| 1.修体态 | 减重：体质指数保持20～24kg/m2 | 5～20mmHg/减重10kg |
| 2.节饮食 | 膳食限盐：北方人首先将平均食盐量降至8g/d，再降至6g/d；南方人可控制在6g/d以下。 | 2～8mmHg |
| 减少膳食脂肪：总脂肪<总热量的30%，饱和脂肪<10%，增加新鲜蔬菜400～500g/d，水果100g，食油20～25g/d，少吃糖类和甜食。 | —— |
| 3.适劳逸 | 增加及保持适当体力活动：运动3～5次/周，持续20～60分钟/次。如运动后自我感觉良好，体重保持理想，表明运动量和运动方式合适。 | 4～9mmHg |
| 4.畅情志 | 保持乐观心态，提高应激能力：提高人群自我防病能力，提倡选择适合个体的体育、绘画等文化活动，增加社交机会，提高生活质量。 | —— |
| 5.忌烟酒 | 戒烟，限酒：不提倡饮酒（特别是高度烈性酒），尽可能戒酒，如饮酒，男性每日饮酒精量不超过25克，即葡萄酒＜100～150ml，或啤酒＜250～500ml，或白酒＜25～50ml；女性则减半量，孕妇不饮酒。 | 2～4mmHg |
| 6.常随诊 | 主动热情服务，最大限度保护受试者利益，及时处理可能的严重不良事件，积极宣传高血压防治知识、随时帮助病人解决医疗有关问题，密切与受试者的联系从而提高治疗依从性。 | —— |

2.治疗设备：根据病情需要和临床症状，可配备多功能艾灸仪和针灸器具（针灸针、艾条、刮痧板、拔火罐等），可选用腿浴治疗器、足疗仪等中药浸浴设备。

（四）内科基础治疗

参照《中国高血压防治指南（2020年修订版）》，合理控制多重心血管危险因素。

（五）护理

包括基于血压波动性日节律、月节律和年规律的调神摄生、因时起居、择时服药、排痰通腑等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医症候学评价

采用《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2020年5月）的证候评分标准，动态观察证候变化重点于评价患者已有或新发的头晕目眩、头痛等主要症状是否明显缓解（证候计分下降≥50%）。

2.疾病病情评价

推荐采用世界卫生组织生活质量测定简表中文版（World Health Organization Quality of Life Assessment）和杜氏高血压生活质量表进行成人原发性高血压的生活质量评分，采用《中国高血压病防治指南（2020年修订版）》进行成人原发性高血压的病因鉴别诊断、心血管危险因素评估，并指导诊断措施及预后判断。

降压目标：年轻人或合并糖尿病、慢性肾脏病＜130／80mmHg；60～90岁＜140／90mmHg，如能耐受，还可进一步降低；70～79岁＜150／90mmHg，如能耐受，还可进一步降低；肾功能受损蛋白尿＜1g／d者＜130／85mmHg；肾功能受损蛋白尿＞1g／d者＜125／75mmHg。

（二）评价方法

推荐同时采用肱动脉血压和24小时动态血压评定降压疗效，采用尿微量白蛋白评价早期肾功能损害情况。

1.肱动脉血压

单纯收缩期高血压：根据偶侧SBP平均值下降＞10mmHg以上作为疗效判定，分别计算治疗有效率和血压达标率。治疗有效：SBP下降＞10mmHg；降压达标：SBP＜60mmHg，同时舒张压适度下降（不低于60～70mmHg）。

单纯舒张期高血压：（1）显效：DBP下降≥10mmHg并降至＜85mmHg，或降低20mmHg以上；（2）有效：DBP下降＜10mmHg但降至＜85mmHg；（3）无效：未达到上述标准。

双期高血压：参照单纯收缩期高血压和单纯舒张期高血压的降压疗效标准，综合判定。

2.动态血压负荷值和昼夜节律

检测24小时、日间、夜间的平均SBP负荷和DBP负荷、24小时平均动脉压（24h mean blood pressure ，24hMAP），心率。

定义：（1）降压值为治疗后每小时平均血压减去观察期相同小时内的平均血压得到的差值。（2）24hMAP ＝24h SBP－24h DBP／3＋24h DBP。（3）根据脉压＝平均SBP－平均DBP，计算24h PP。（4）血压负荷值为血压高于正常的次数百分率，以血压负荷值＞30％作为诊断血压升高的指标之一。（5）动态血压昼夜节律：血压波动的昼夜节律采用夜间血压下降率表示，即（日间平均值－夜间平均值）／日间平均值，以＜10％为血压昼夜节律异常。血压规律变化即夜间平均收缩压较日间平均收缩压下降百分率或／（和）夜间平均舒张压较日间平均舒张压下降百分率≥10％，为正常杓型血压节律；否则为血压非规律变化，即非杓型血压节律。

3.早期肾功能改变

肾功能受损蛋白尿＞1g／d者的肾功能正常，或与治疗前比较肾功能好转／无变化，尿微量白蛋白＜300mg／L或转阴；肾功能受损蛋白尿＜1g／d者的肾功能正常，或与治疗前比较肾功能好转／无变化，尿微量白蛋白较治疗前降低至少1个等级（即由300mg／L降至100mg／L、50mg／L、20mg／L或阴性）。

心悸（心律失常—室性早搏）诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1．中医诊断标准：参照中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T19-2020）与《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社,2020年）。

（1）自觉心中跳动，惊慌不安，不能自主。

（2）可见结脉、代脉、促脉等脉象。

（3）常有情志剌激、惊恐、紧张、劳倦、烟酒等诱发因素。

2．西医诊断标准：参照《室性心律失常的治疗指南》（ACC/AHA/ESC制定，2020年）。

（1）临床表现

症状：最常见的症状是心悸不适，部分病人还可以出现心前区重击感、头晕、乏力、胸闷，甚至晕厥；较轻的室性期前收缩常无临床症状。

体征：心脏听诊有提前出现的心搏，其后有较长的间歇，提前出现的室性期前搏动的第一心音增强，第二心音减弱或消失，有时仅能听到第一心音。桡动脉搏动有漏搏现象 。

（2）心电图特征

①提前出现的宽大畸形的QRS波群，时限＞0.12s，其前无P波，其后常有完全性代偿间期，T波方向与QRS波群主波方向相反。

②室性早搏的类型：室性早搏可孤立或规律出现。每个窦性搏动后跟随一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏二联律；每2个窦性搏动后出现一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏三联律；连续发生2个室性早搏称成对室性早搏；连续3个以上室性早搏称短阵室性心动过速。位于两个窦性心律之间的室性早搏称为间位性室性早搏。若室性早搏在同一导联内形态相同，且偶联间期固定者，称为单形性室性早搏。若同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等者称多形性室性早搏。若室性早搏在同一导联内出现两种或两种以上形态，且偶联间期存在差异者，称为多源性室性早搏。

（3）病情分类

①按发作频率分类

偶发室性期前收缩：ECG示＜5次/min，DCG示＜30次/h；

频发室性期前收缩：ECG示＞5次/min，DCG示＞30次/h；

②按形态分类

单源（单灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均相同；

多源（多灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均不相同；

多形（联律间期相同，形态迥异）：同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等。

（4）病情分级：

Myerburg室性早搏危险程度分级

|  |  |
| --- | --- |
| 室性早搏的频率分级 | 室性早搏的形态分级 |
| 0无  1少见（≤1次/h）  2偶发 （1-9次/h）  3常见 （10-29次/h）  4频发（≥30次/h） | A 单形、单源  B 多形、多源  C连发、成对（2次连发）  成串或连发（3-5次连发）  D 非持续性室速（6-30次连发）  E持续性室速（≥30次连发） |

（二）证候诊断

1．气阴两虚证：心悸，气短，体倦乏力，少寐多梦，心烦，自汗盗汗，口干，舌质红少苔，脉细数无力。

2．心脾两虚证：心悸气短，头晕乏力，面色不华，腹胀纳呆，舌淡苔薄白，脉细弱结代。

3．阴阳两虚证：心悸，怔忡，胸闷气短，面色苍白，头晕乏力，自汗或盗汗，舌质淡红或嫩红，舌苔薄白，脉结代。

4．痰瘀互阻证：心悸怔忡，胸闷痛，形体肥胖，痰多气短，伴有倦怠乏力，纳呆便溏，口黏，恶心，咯吐痰涎，舌质淡紫或紫暗，苔白腻，脉弦滑或结代。

5．气滞血瘀证：心悸、胸闷，胸痛阵发，痛无定处，时欲太息，遇情志不遂时容易诱发或加重，或兼有脘胀闷，得嗳气或矢气则舒，苔薄或薄腻脉细弦。

6．痰火扰心证：心悸，呕恶，口苦尿赤，痰多气短，舌暗红苔黄腻，脉滑数。

二、治疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1．气阴两虚证

治法：益气养阴，安神定悸。

推荐方药：生脉散加味。生晒参、麦门冬、五味子、 黄精、百合、天门冬、生地、茯神、远志、石菖蒲、龙齿（先煎）、炙甘草。

中成药：稳心颗粒、参松养心胶囊等。

2．心脾两虚证

治法：健脾益气，养心安神。

推荐方药：归脾汤加减。党参、黄芪、当归、龙眼肉、白术、茯神、远志、木香、炒枣仁、石菖蒲、浮小麦、炙甘草。

中成药：归脾丸、补心气口服液、安神补心胶囊等。

3．阴阳两虚证

治法：滋阴补血，通阳复脉。

推荐方药：炙甘草汤加减。炙甘草、西洋参、麦冬、五味子、生地、阿胶（烊化）、桂枝、当归、黄芪、元胡、甘松、炒枣仁。

4．痰瘀互阻证

治法：化痰泄浊，活血化瘀。

推荐方药：二陈汤合桃红四物汤加减。陈皮、半夏、茯苓、桃仁、红花、生地、川芎、当归、赤芍、瓜蒌、元胡、甘松、苍术。

5．气滞血瘀证

治法：活血祛瘀，理气通脉。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。柴胡、当归、生地、牛膝、桔梗、赤芍、桃仁、红花、川芎、枳壳、酸枣仁、鸡血藤、丹参。

6．痰火扰心证

治法：清热化痰，宁心定悸。

推荐方药：黄连温胆汤加味。黄连、半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、丹皮、郁金、远志、石菖蒲、焦山楂、全瓜蒌、胆南星。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情，可辨证选择参附注射液、生脉注射液、红花注射液、川芎嗪注射液、复方丹参注射液等。

（三）针灸治疗

1．体针疗法

主穴：内关、神门、心俞、膻中、厥阴俞，每次选用2～3个穴位。

配穴：气虚加脾俞、足三里、气海；阴虚加三阴交、肾俞；心脉痹阻加膈俞、列缺；阳虚加关元、大椎；痰湿内蕴加丰隆、脾俞；阴虚火旺加厥阴俞、太冲、太溪。

患者取卧位，用平补平泻法，得气为度，留针20～30分钟。

2．耳针疗法

选穴：心、交感、神门、皮质下、肝、内分泌、三焦、肾。

方法：每次选3～4穴。中度刺激，留针30～40分钟。留针期间捻针3～4次，每日1次。

3.龙砂特色针法

（四）护理

起居：居室环境安静；生活起居规律，适当休息，避免过劳。

饮食：应适当的饮食调养，可辨证选用红枣、莲子、银耳、黑木耳、牛奶等食品。水肿者，低盐或无盐饮食，适当限制水的摄入量。戒烟忌酒，限制茶、咖啡的饮入量，忌食辛辣刺激性食品；体胖者应清淡饮食，忌肥甘厚腻多形之品。

调整心态，减轻紧张情绪，避免精神刺激。当病人心悸发作时，患者常心情恐惧，最好有人陪护，使病人心情放松，情绪稳定。

三、疗效评价

（一）评价标准

1．中医证候疗效评价标准：参照2002年《中药新药临床研究指导原则》。

显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%。

有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%。

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少＜30%；

2．西医疗效判断标准：参照1979年全国中西结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订的《常见心律失常病因、严重程度及疗效判断标准》制定。

显效：室早完全不发作或偶有发作（ECG示＜5次/分，DCG示＜30次/小时）。

有效：室早发作减少60%以上（时间和次数）。

无效：达不到显效或有效标准者。

（二）评价方法

1．中医证候评价：按照中医证候积分量表进行积分评价。

2．西医疗效评价：按照西医疗效评价标准以自身症状积分及DCG的结果评价。

3．生活质量评价：基于病人结局报告的PRO量表及生活质量量表（SF-36健康简表）评分进行评价。

胃痞病（功能性消化不良）中医诊疗方案

一、诊断

功能性消化不良（functional dyspepsia，FD）系指除外了器质性疾病而见有持续性或反复发作性上腹部疼痛、食后饱胀、腹部胀气、嗳气、早饱、厌食、恶心等上腹部不适症状的一组临床症候群，属中医的“胃痞”“胃痛”“嘈杂”范畴。

1. 诊断标准

1.临床表现

①症状：主要包括上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀和早饱之一种或多种，可同时存在上腹胀、嗳气、食欲不振、恶心、呕吐等。常以某一个或某一组症状为主，在病程中症状也可发生变化。起病多缓慢，病程较长，不少患者有饮食、精神等诱发因素。

②体征：多不明显，有时上腹轻压痛，病情严重时可有营养不良、贫血。

2.西医分型

（1）溃疡型：以上腹痛、饥饿痛、或伴反酸水为主要症状，进食及制酸剂可缓解。

（2）动力障碍型：以上腹胀、嗳气、早饱及恶心为主要症状。

（3）非特异型：症状难以归属上述任何一型，或两型症状混杂者。

3.诊断依据

（1）诊断前症状出现至少6个月，近3个月具有上腹痛或不适（上腹胀、早饱、胀气、恶心、嗳气）等症状。

（2）排除消化性溃疡、慢性（糜烂性或萎缩性）胃炎、胃肿瘤和肝胆胰病变等及可解释上述症状的器质性疾病者。

（3）排除以腹痛、大便次数和性状异常为主症的肠易激综合征者。

（二）检查方法

为达到上述两个“排除”，必须进行以下各项检查：

1.详细问病、系统查体

详细询问病史以了解患者的症状类型，判断症状的来源和性质。同时要特别注意了解对药物的治疗反应，有无精神刺激、抑郁、焦虑，是否服用非甾体抗炎药等。

体格检查要系统全面，功能性消化不良患者体检常无阳性发现，但要特别注意营养状态，腹部压痛的部位和范围，肝脾有无肿大。

2.实验室检查

为排除器质性病变，下列项目应作为常规检查：血、尿、便常规，粪隐血试验，肝、肾功能，血糖，病毒性肝炎血清标志物，必要时测定相应的肿瘤标志物。

3.器械检查

（1）胸部X线摄片、心电图、肝胆胰B型超声、胃镜应作为常规检查，不愿或不适应胃镜检查者可行气钡双重造影。

（2）CT或ERCP：个别患者B型超声不能明确者，必要时尚需做CT或ERCP。

（3）体表胃电图：功能性消化不良患者胃动过缓比较多见，也可有胃动过速或节律失常。

（4）胃排空功能测定：常用放射性核素闪烁扫描技术测定液体或固体食物的排空时间，钡条内服法及实时超声测定胃排空的方法。大约有50%的功能性消化不良患者存在固体排空延迟。

（5）胃腔内压力测定：多用气囊测压法和末端开放灌注导管测压法，功能性消化不良常有近端胃容受性舒张障碍和餐后胃窦运动减弱。

（2）、（3）、（4）、（5）等不是诊断功能性消化不良所必须的，尤其后三者，只是了解功能性消化不良患者有无运动功能障碍的方法手段。

二、辨证分型

1.肝气郁结证

证候特点 脘胁胀痛，痛无定处，脘闷嗳气，急躁易怒，口苦，失眠或多梦，精神抑郁，喜长叹息，咽部异物感，烧心或泛酸，腹胀纳呆或呕吐，舌淡红或尖边红，苔薄黄。脉弦。

2.脾胃气虚证

证候特点 脘腹痞满隐痛,劳累后加重或饥饿时疼痛，纳差而饱。大便溏软，泛吐清水，嗳气不爽。口淡不渴，头晕乏力，舌质淡,体胖有齿痕,苔薄白或白腻，脉细弱。

3.湿热滞胃证（脾胃湿热证）

证候特点 胃脘痞满，闷胀不舒，恶心欲吐或呕吐，纳呆食少，嗳气不爽，头身困重，肢软乏力，口苦吐酸，大便不爽而滞，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉濡数或细数。

4.寒热错杂证

证候特点 胃脘痞满或疼痛，胃脘嘈杂不适，心烦、口干、口苦，腹满肠鸣，遇冷加重，腹冷便溏，嗳气纳呆，小便时黄，舌质淡，苔黄。脉弦细或弦滑，

注：合并慢性胃炎者按其分型处理。

三、治疗方案

（一）中医治疗

辨证论治

1.肝气郁结证

治则：疏肝解郁，理气消滞。

方药：柴胡疏肝散合越鞠丸加减（柴胡、白芍、枳壳、陈皮、川芎、香附、神曲、苍术、栀子、甘草等）

加减：嗳气、呃逆者加旋复花、代赭石；烧心泛酸者加浙贝母、煅乌贼骨；心烦易怒者加炒山栀、合欢花；泛吐苦水者加炒吴茱萸、酒炒黄连。

2.脾胃气虚证

治则：健脾益气，和胃降逆。

方药：香砂六君子汤加减（木香、砂仁、半夏、陈皮、人参、茯苓、白术、甘草、生姜、红枣等）

加减：泛吐清水者加吴茱萸，高良姜；腹泻者加炒扁豆、淮山药、炒薏苡仁；腹胀明显者加大腹皮、沉香。

3.湿热滞胃证（脾胃湿热证）

治法：清热化湿，理气和胃。

方药：三仁汤加减（杏仁、白蔻仁、薏苡仁、半夏、厚朴、通草、滑石、淡竹叶）

加减：恶心呕吐者加竹茹、橘皮、生姜汁；痞满明显者加川黄连、全瓜蒌、生姜；纳差者加炒谷芽、炒神曲；大便滞下不爽者加枳实、槟榔片。

4.寒热错杂证

治法：辛开苦降，和胃消痞。

方药：半夏泻心汤加减。（半夏、黄芩、黄连、干姜、厚朴、党参、甘草、炒神曲等）

加减：泛酸者加白芨、海螵蛸；口干口苦者加龙胆草、沙参、麦冬；苔厚腻者湿热重者加藿香、佩兰。

（二）中医非药物治疗

1.穴位贴敷：胃脘疼痛者，取穴：中脘、胃俞、足三里、梁丘等；胃脘胀满者，取穴：脾俞、胃俞、肾俞、天枢、神阙、中脘、关元等；嗳气反酸者，取穴：足三里、合谷、天突、中脘、内关等。

2.艾灸疗法：胃脘疼痛者，取穴：中脘、气海、关元、足三里等；胃脘胀满者，取穴：神阙、中脘、下脘、建里、天枢等；嗳气反酸者，取穴：肝俞、胃俞、足三里、中脘、神阙等。

（三）西医治疗

1.一般治疗

（1）耐心解释，增强信心：说明本病不是器质性病变，仅属功能失调所致，经调理和治疗是可以治愈的。要保持心情舒畅，增强胜病信心。必要时给予镇静和抗焦虑治疗。

（2）避免刺激性食物和药物：不吃辛辣、肥腻冷硬食物，避免浓茶、咖啡、烟、酒和非甾体抗炎药。对早饱、餐后腹胀明显者，建议低脂肪及少食多餐。

2.药物治疗

（1）促胃肠动力剂：对各型，特别是动力障碍型消化不良疗效显著。可用吗丁啉、西沙比利或莫沙比利。

（2）胃肠动力调节剂：马来酸曲美布汀、马来酸三甲氧苯丁氨酯均对胃肠动力有双向调节作用，特别适用于胃肠动力紊乱、肠易激综合征大便秘泻交替出现者。

（3）抑酸剂：适用于溃疡型消化不良患者。可用H2受体阻断剂，如泰胃美、雷尼替丁、法莫替丁。也可用质子泵抑制剂，如奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑。

（4）胃粘膜保护剂：对合并慢性胃炎者尤为适用。如铋剂（德诺、丽珠得乐、果胶铋、迪乐等），硫糖铝，麦滋林，施维舒，喜克溃等任选一种。

（5）其他药物：

①内脏止痛剂非多托素能降低胃的高敏性，有止痛作用。

②5-HT1激动剂如舒马普坦、丁螺环酮能改善胃的容受性、改善与进食有关的症状。

③止呕剂恩丹司琼或格拉司琼为5-HT4受体拮抗剂，对恶心呕吐症状有效。

④抗焦虑抑郁药阿普唑仑（佳乐定）、帕罗西汀，对症状顽固及精神症状者有效。

1. 疗效评判
2. 总疗效

1.临床治愈：症状、体征消失或改善在3级以上，异常指标基本恢复正常、保持2个月以上不再复发；

2.显效：症状、体征减少或改善在2级以上，异常指标明显改善；

3.好转：症状、体征减轻或改善在１级以上，异常指标好转。

4.无效：症状、体征及异常指标均无好转。

（二）症状疗效

按临床治愈、显效、好转、无效4个层次来表达，按计分法算出相应的率和总有效率。

症状分级

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | Ⅳ级（++++） | Ⅲ级（+++） | Ⅱ级（++） | Ⅰ级（+） | 0级（-） |
| 1．神疲，乏力 | 精神不振，不能胜任工作 | 身体疲倦，不耐重工作 | 四肢乏力，不耐持久工作 | 容易疲劳，但可胜任工作 | 无 |
| 2．胃纳减少 | 食量减少1/2以上 | 食量减少1/3以上，不足1/2 | 食量减少1/3以下 | 食量不减，但觉乏味 | 无 |
| 3．脘腹隐痛，食后腹胀 | 整日脘腹隐痛或腹胀 | 脘腹隐痛或食后腹胀不足2个小时 | 偶有脘腹隐痛，或食后腹胀少于1小时 | 偶有脘腹隐痛，食后腹胀半小时内自行缓解 | 无 |
| 4．大便溏而不爽 | 大便呈糊状，每日多于3次 | 大便不成形，每日1～2次 | 大便稍溏，每日1次 | 大便溏或先硬后溏 | 无 |
| 5．胸胁、脘腹胀痛 | 呈刺痛性质，需服止痛药 | 每于情绪波动时发生胀痛 | 某一部位发生疼痛，时间少于2个小时 | 偶而发生疼痛，半小时内可自行缓解 | 无 |
| 6．嗳气、泛酸 | 嗳气每日多于10次，并有酸水泛出 | 嗳气每日7～10次，有烧心感 | 嗳气每日4～6次，有易饥感 | 嗳气每日少于4次 | 无 |
| 7．恶心、呕吐 | 经常呕吐涎沫，质稀量多 | 时吐涎沫，数量不多 | 偶有呕吐涎沫 | 自觉恶心，无物呕出 | 无 |
| 8．烦躁易怒，或失眠多梦 | 经常烦躁发怒，难以自我控制，易失眠 | 易烦躁发怒，但多数能控制，夜间多梦 | 有时情绪不稳定，易烦躁发怒，夜眠易醒 | 偶有情绪不宁，睡眠基本正常 | 无 |
| 9．口干苦，或咽部如有物梗阻感 | 整日觉口干苦，咽部有物梗阻感，伴胸闷、时叹息 | 精神抑郁，时有梗阻感，有时咯痰，晨起口干苦 | 偶有口干苦，自觉咽部有梗阻感，不咯痰 | 咽部偶有梗阻感，短时间内可缓解 | 无 |

1. 疗效指数

1.按每级3分计，即Ⅰ级3分、Ⅱ级6分、Ⅲ级9分、Ⅳ12级分，计算疗效指数：疗效指数=（疗前证候总分-疗后剩分数）/疗前证候总分×100%

2.疗效指数<25%为无效；26%～50%为好转；51%～85%为显效；>86%为临床治愈。

3.临床表现：

（1）症状：

上腹痛：指上腹正中部疼痛，可为隐痛、胀痛、空腹痛或餐后痛等；

上腹不适：指上腹胀、早饱、胀气、恶心等。

（2）体征：

多不明显。

哮证（支气管哮喘）中医诊疗方案

支气管哮喘(bronchial asthma)是由多种细胞(如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾患。这种慢性炎症导致气道高反应性的增加，通常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和(或)清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

支气管哮喘属于中医“哮证”、“喘证”、“咳嗽”等范畴。

一、诊断标准

(一)临床诊断

1.反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。

2．发作时在双肺可闻及散在或弥漫性，以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。

3.上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

4.除其他疾病所引起的喘息、气促、胸闷和咳嗽外。

5.临床症状不典型者（如无明显喘息性体征），应至少具备以下一项试验阳性：①支气管激发试验或运动试验阳性；②支气管舒张试验阳性[第一秒钟用力呼气容积（FEV1）增加12%以上，且FEV1增加绝对值>200ml]；③最大呼气流量（PEF）昼夜波动率或日内变异率≥20%。

符合1-4条或4、5条者，可以诊断支气管哮喘。

（二）分期

急性发作期：指由于各种诱因使症状较前加重，肺功能明显下降的过程。

慢性持续期：指在相当长的时间内，每周均不同频度和（或）不同程度的出现症状（喘息、气急、胸闷、咳嗽等）。

缓解期：指经过治疗或未经治疗症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平，并维持4周以上。

（三）病情严重程度分级

1.治疗前哮喘病情程度分级：包括新发生的哮喘者和既往已诊断为哮喘而长时间应用药物治疗的患者。详见表1。

**表1支气管哮喘病情严重程度分级表**

|  |  |
| --- | --- |
| 分级 | 临床症状 |
| 间歇发作 | 症状<每周1次；短暂发作；夜间哮喘症状≤每月2次；FEV1占预计值%≥80%或PEF≥80%个人最佳值，PEF或FEV1变异率<20% |
| 轻度持续 | 症状≥每周1次，但<每天1次；可能影响活动和睡眠；夜间哮喘症状>每月2次，但<每周1次；FEV1占预计值%≥80%或PEF≥80%个人最佳值，PEF或FEV1变异率20%-30% |
| 中度持续 | 每日有症状；影响活动和睡眠；夜间哮喘症状>每周1次；FEV1占预计值%为60%-79%或PEF≥60%-79%个人最佳值，PEF或FEV1变异率>30% |
| 重度持续 | 每日有症状；症状发作频繁；经常出现夜间哮喘症状；体力活动受限；FEV1占预计值%<60%或PEF<60%个人最佳值，PEF或FEV1变异率>30% |

表2 支气管哮喘治疗期间哮喘病情严重程度分级

目前患者的症状和肺功能 原设定的治疗级别

间歇发作 轻度持续 中度持续 重度持续

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 目前患者的症状和肺功能 | 原设定的治疗级别 | | |
| 间歇发作 | 轻度持续 | 中度持续 |
| 间歇发作 | 间歇发作 | 轻度持续 | 中度持续 |
| 轻度持续 | 轻度持续 | 中度持续 | 重度持续 |
| 中度持续 | 中度持续 | 重度持续 | 重度持续 |
| 重度持续 | 重度持续 | 重度持续 | 重度持续 |

3.哮喘急性发作期的病情严重度分级：喘息、气急、胸闷、咳嗽突然发作，或原有症状急剧加重，其严重程度轻重不一，有时可在数分钟内危及生命，故要对病情作出正确评价，及时给予有效的紧急治疗（表3）。

表3 哮喘急性发作期的病情严重分级表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床特点 | 轻度 | 中度 | 重度 | 危重 |
| 气短 | 步行、上楼时 | 稍事活动 | 休息时 |  |
| 体位 | 可平卧 | 喜坐位 | 端坐位 |  |
| 讲话方式 | 连续成句 | 单词 | 单字 | 不能讲话 |
| 精神状态 | 可有焦虑，尚安静 | 时有焦虑或烦躁 | 常有焦虑、烦躁 | 嗜睡或意识模糊 |
| 出汗 | 无 | 有 | 大汗淋漓 |  |
| 呼吸频率 | 轻度增加 | 增加 | 常>30次/min |  |
| 辅助呼吸肌活动及三凹征 | 常无 | 可有 | 常有 | 胸腹矛盾运动 |
| 哮鸣音 | 散在，呼吸末期 | 响亮，弥漫 | 响亮，弥漫 | 减弱、乃至无 |
| 脉率（次/min） | <100 | 100-120 | >120 | 脉率变慢或不规则 |
| 奇脉 | 无，<10mmHg | 可有，10-25mmHg | 常有>25mmHg | 无，提示呼吸肌疲劳 |
| 使用β2激动剂后PEF预计值或个人最佳值% | >80% | 60%-80% | <60%或100L/min或作用时间<2h |  |
| PaO2（吸空气，mmHg） | 正常 | ≥60 | <60 |  |
| PaCO2（mmHg） | <45 | ≤45 | >45 |  |
| SaO2（吸空气,%） | >95 | 91-95 | ≤90 |  |
| pH |  |  |  | 降低 |

二、辩证分型

哮喘的发生，为宿痰内伏于肺，加以外感、情志、劳倦、饮食等诱因，使痰阻气道，肺气上逆所致。其病位在肺系。

（一）发作期

1.寒哮：呼吸急促，喉中有哮鸣音，胸膈满闷如塞，咳不甚，痰少咳吐不爽，痰稀薄色白而有泡沫。面色晦青，口不渴或渴喜热饮，天冷或受寒易发作，畏寒怕冷。舌苔白滑，脉弦紧或浮紧。

2.热哮：气粗息涌，喉中痰鸣如吼，胸高胁胀，咳呛阵作，咯痰不利，色黄或白，质粘稠。面色红赤，口渴喜饮，口苦，不恶寒。舌质红苔黄腻，脉弦滑或滑数。

（二）缓解期

1.肺虚：自汗，怕风，容易感冒，每因气候变化而诱发，发作前打喷嚏，鼻塞，流清涕，气短声低，或喉中常有轻度哮鸣声，咳痰清稀色白，舌质淡苔薄白，脉细弱或虚大。

2.脾虚：平素食少脘痞，大便不实，或进食油腻生冷之品易于腹泻，倦怠，气短不足以息，语言无力。舌质淡，苔薄白腻或白滑，脉细软。

3.肾虚：平素气短息粗，动则尤甚，吸气不利，心慌，头晕耳鸣，腰酸腿软，劳累后哮喘易发。或畏寒，肢冷，自汗，面色苍白，舌质淡胖嫩，苔白，脉沉细；或颧红，烦热，汗出粘手，舌质红少苔，脉细数。

（三）重证

1.痰气壅塞：寒 、热俱不明显，喘咳甚，胸满闷，但坐不得卧，痰涎雍盛，喉如曳锯，咳痰黏腻难出，舌苔厚浊，脉滑实。

2.喘脱危象：张口抬肩，鼻翼煽动，气促不能平卧，不得言语，或喉中有痰鸣，心慌悸动，烦躁不安，面青唇紫，汗出如珠，肢冷，甚则肢体浮肿，昏昧，脉浮大无根或见歇止，或模糊不清。

三、治疗方案

（一）治疗原则

1.根据哮喘的严重程度及气道炎症情况选择用药、调节药物剂量和给药次数。哮喘患者长期治疗方案的选择。详见表4。

表4 哮喘患者治疗方案选择

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 严重度 | 每天控制治疗药物 | 其他治疗选择 |
| 间歇发作 | 不需任何药物 |  |
| 轻度持续 | 吸入糖皮质激素（≤500ugBDP或相当剂量其他吸入激素） | 茶碱缓释，或色甘酸钠，或白三烯受体调节剂 |
| 中度持续 | 吸入糖皮质激素（200-1000ugBDP或相当剂量其他吸入激素），联合吸入长效β2激动剂 | 吸入型糖皮质激素（500-1000ugBDP或相当剂量其他吸入激素）、联合缓释茶碱，或吸入型糖皮质激素（500-1000ugBDP或相当剂量其他吸入激素）、合用口服长效β2激动剂，或吸入大剂量糖皮质激素（>1000ugBDP或相当剂量其他吸入激素），或吸入型糖皮质激素（500-1000ugBDP或相当剂量其他吸入激素）、合用白三烯受体调节剂 |
| 重度持续 | 吸入糖皮质激素>1000ugBDP或相当剂量其他吸入激素），联合吸入长效β2激动剂，需要时可加用以下一种或多种药物：缓释茶碱、白三烯调节剂、口服长效β2激动剂、口服糖皮质激素 |  |

2.阶梯式原则：升级治疗：哮喘症状没有控制者，根据上表给药。降级治疗：哮喘症状控制最少已达三个月。要排除患者用药技术和方案的准确情况、环境控制情况(避免变应原和其他触发因素)。降级时要每三个月至六个月审核一次，逐步降级治疗。

3．辅助机械通气治疗：重度或危重患者经药物治疗后病情继续恶化，出现神志改变，呼吸肌疲劳，血气分析中PaCO2：>45mmHg，则需要用面罩或气管插管辅助机械通气治疗。

（二）辨证施治

1.辨证论治：根据“发时治标，平时治本”的原则，辨证要分清邪实正虚，发作时攻邪治标，祛痰利气，寒痰当温化宣肺，热痰应清化肃肺。平时施以扶正固本，阳虚者温补，阴虚者滋养，分别采取补肺、健脾、益肾等方法，以及减轻、减少或控制其发作。寒热虚实错杂者，要攻补兼施，寒热并治。重证者，及时抢救，慎重处理。

（1）寒哮证

治法：温肺散寒，化痰平喘。

方药：射干麻黄汤。

射干9g 麻黄6g 生姜6g 细辛3g 半夏9g 紫菀10g 款冬花10g 五味子6g 大枣5枚

中成药：①小青龙合剂：每次1～2支，每日2次。②紫金丹：发作症状较剧者，在严密观察下可服用，每次5～10丸(米粒大)，睡前冷茶服下，忌酒。不易长期服用。

（2）热哮证

治法：清热宣肺，化痰定喘。

方药：定喘汤。

麻黄6g 黄芩12g 桑白皮10g 杏仁10g 半夏10g 款冬花10g 苏子10g 白果9g 甘草3g

中成药：①玉涎丹：蛞蝓(蜓蚰)20条，大贝母10g，共捣为丸，每服1．5g，每日2次，或用活蛞蝓加糖水化服之。②千金定吼丸，每服1丸，每日临睡前服，用于哮喘发作期，痰涎上壅者。

（3）肺虚证

治法：补肺固卫。

方药：玉屏风散。

黄芪15g 白术10g 防风9g

中成药：玉屏风颗粒或口服液：每次6g或1-2支，每日3次。

（4）脾虚证

治法：健脾化痰，降气平喘。

方药：六君子汤加减。

党参12g 白术12g 茯苓12g 甘草3g 陈皮10g 半夏10g

中成药：补中益气口服液：每次l-2支，每日2次。 ·

（5）肾虚证

治法：补肾摄纳。

方药：金匮肾气丸或七味都气丸，应辨其阴阳偏盛而进行化裁。

金匮肾气丸

桂枝6g 附子10g 熟地黄12g 山萸肉10g 山药15g 茯苓12g 丹皮10g 泽泻10g，偏于温肾助阳

七味都气丸

地黄12g 山萸肉10g 山药15g 茯苓12g 丹皮10g 泽泻10g 五味子6g，偏于益肾纳气

中成药：①固本咳喘片：每次2～3片，每日3次。②百令胶囊、百令片：每次3、5粒，每日3次。③杞菊地黄丸：每次6g，每日2次。

（6）重证

治法：涤痰开窍，降气平喘或扶阳固脱，镇摄肾气。

方药：三子养亲汤加味。

苏子10g 白芥子10g 莱菔子10g 加厚朴10g 半夏10g 苦杏仁10g 另吞猴枣散

必要时可予控涎丹。

中成药：皂角15g煎水，浸白芥子30g，12小时后焙干，每次1-1.5g，每日3次，用于发作时痰壅气逆之证。

2．其他治法

（1）穴位敷贴法：白芥子、元胡索各20g，甘遂、细辛各10g，共研为末，加麝香0．6g，和匀，在夏季三伏中，分三次用姜汁调敷天突、大椎、肺俞、膏盲、百劳等穴，约1～2小时去之，每十日敷一次。[3]

（2）隔姜灸法：取穴大椎、肺俞、心俞、膈俞、肾俞，夏季三伏时，隔姜灸，隔日1次。

（三）西医治疗

1．肾上腺皮质激素：糖皮质激素是最有效的抗变态反应炎症的药物。

（1）吸入用药：丙酸倍氯米松、布地缩松、氟替卡松、去炎松等。吸入型激素主要有气雾剂、干粉剂、溶液三种，它们通过局部用药，直接作用于呼吸道，全身不良反应较少，是治疗支气管哮喘的首选用药。

（2）口服用药：片剂或糖浆，包括氢化可的松、甲基强的松龙、强的松龙、强的松。口服激素主要用于急性发作、病情较重的患者，特别是防止病情恶化或用吸入疗法无效的患者，可采用大剂量、短疗程、每日或隔日清晨顿服。

（3）静脉用药：氢化可的松(400～1000mg/d)或甲基强的松龙(80～160mg/d)。静脉用激素主要用于严重哮喘发作。应该尽早使用，同时合用支气管舒张剂；极严重病例应在短期内使用较大剂量，待病情得到控制后再逐渐减量，或改成口服。

2．支气管扩张剂

（1）β2受体激动剂：(包括吸入、口服、注射剂型)

短效：沙丁胺醇、特布他林等。是治疗轻、中度哮喘急性发作的首选药物，并用于预防运动性哮喘。短效β2激动剂要按需、间隙使用，如使用的次数、剂量需增加方能控制病情，提示哮喘加重；重度发作者使用雾化溶液。

长效：沙美特罗、福莫特罗等。长效制剂可防治夜间和清晨哮喘的发作和运动诱发哮喘加剧。

（2）茶碱类

口服：氨茶碱、控释型茶碱。用于轻、中度哮喘发作和维持治疗，控释型茶碱作用持久，适用于控制夜间哮喘发作。

静脉用药：氨茶碱等。静脉用药用于哮喘急性发作。应注意监测血药浓度。

（3）抗胆碱能制剂

吸人抗胆碱能制剂，长期应用不易耐药，作用较β2激动剂为弱，起效也较慢。与β2激动剂联合吸入治疗，有协调和互补的作用，使支气管舒张作用增强并持久。某些哮喘患者应用较大剂量β2激动剂不良反应明显，可换用此类药物；尤其适用于夜间哮喘及痰多的哮喘者及有吸烟的老年哮喘患者。

3．白三烯受体拮抗剂

白三烯受体拮抗剂可以明显改善哮喘患者的肺功能、减少哮喘发作次数(特别是夜间发作)、防止哮喘症状突然恶化、提高生活质量；可以作为联合用药来减少糖皮质激素的用量，但不能取代激素的作用；也可作为预防和治疗阿司匹林哮喘、运动性哮喘的单一药物。

4．其他药物

（1）色甘酸钠：是非皮质激素类抗炎药。

（2）抗过敏药物：息斯敏、扑尔敏、酮替芬、开瑞坦。抗过敏药物可抑制肥大细胞的激活和释放，也可抑制IgE诱导的肥大细胞释放介质，对其他炎性细胞释放介质也有选择性抑制作用。

四、诊疗策略选择

（一）诊疗流程

详见图1。

初始病情评估

↓

起始评估

↓

┌───────再次病情评估─────┐

↓ ↓ ↓治疗

轻度发作 中度发作 重度或危重发作

│ ↓治疗 ↓

│ ┌─────┬───────┐

↓ ↓ ↓ ↓

疗效良好：末次治疗后疗效 1-2h内疗效不完 1h内疗效差，高危

维持60min，体检正常，没 全，SaO2没有改 患者症状，PEF<30%，

有呼吸窘迫，SaO2>90%， 善，PEF＜70%，高 PaO2<60mmHg

PEF>70% 危患者症状轻-中度 PaCO2>45mmHg

│ ↓ ↓ ↓

│←离院：按轻中度治疗 住院治疗：按 1h内疗效较差，高危患症

│ 方案，并注意教育和 中重度治疗 状，PEF﹤30%，PaO2a﹤

│ 医学随访 方案 60mmHg， PaO2﹥45mmHg

│ ↑ │ ↑

│ └───改善←───┼─→没有改善────┤

│ ↓ ↓ ↓ 必要时

────── 同时可行辨证施治─┬────────机械通

↓ 气治疗

┌────┬────┬─────┼────┬────────┐

↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

寒哮 热哮 肺虚 脾虚 肾虚 重证

↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

温肺散寒 清热宣肺 补肺固肾 健脾化痰 补肾摄纳 涤痰开窍，降气平喘

化痰平喘 化痰定喘 扶正固脱，镇摄肾气

**图1 支气管哮喘诊疗流程图**

（二）辩证要点

哮喘急性发作时的病理为痰阻气闭，以邪实为主，若病因于寒，素体阳虚，痰从寒化，发为寒哮；病因于热，素体阳盛，痰从热化，发为热哮；或“痰热内郁，风寒外束”（《类证治裁,哮证》），而见寒包热证。若长期反复发作，寒痰伤及脾肾之阳，痰热耗伤肺肾之阴，病从实转虚，平时则表现为肺脾肾等脏气虚弱之象，大发作时，症状持续不解，虚实夹杂，危重者因肺失于治节心血的运行，肾火不能上济于心，则有发生“喘脱”的危险。

（三）用药特点

哮喘的治疗要及时、早期、长期，否则出现并发症会影响患者预后。所以医务人员应积极做好宣教吗，使患者理解并共同配合，努力实现这一治疗目标。

1.有效控制急性发作症状并维持最好的症状，甚至无任何症状。

2.防止哮喘的加重。

3.尽可能使肺功能维持在接近正常水平。

4.保持正常活动(包括运动)的能力。

5.避免哮喘药物的不良反应。

6.防止发生不可逆的气流受限。

7.防止哮喘死亡，降低哮喘死亡率。

在急性发作时糖皮质激素应与β2激动剂或茶碱类合用；也可用于哮喘的预防。吸人型激素不良反应以局部的咽部不适、声音嘶哑、口腔念珠菌感染为主，用药后及时用清水漱口等可以减少这些反应。口服和静脉糖皮质激素在哮喘伴有以下疾病时应慎用：结核病、骨质疏松症、青光眼、糖尿病、忧郁症、消化性溃疡、寄生虫感染，必须要应用时，需密切随访。

β2激动剂的副作用为心动过速、骨骼肌震颤、头痛、烦躁。大剂量可出现高糖血症、低血钾症；全身应用片剂和糖浆可增加危险。注射制剂因其全身不良反应发生率较高，已较少使用。

短效茶碱平喘起效快，用于急性发作的哮喘患者。一般剂量为每天6—10mg／kg。控释型茶碱多为口服制剂，血药浓度较为平稳，可以用于控制夜间哮喘。静脉用药要注意给药速度不宜超过0．25mg/(kg·min)，24h负荷剂量为4～7mg/kg。维持剂量为0．6～0．8mg/(kg·h)。其有效、安全的血药浓度范围应在6—15mg/L。

茶碱副作用有恶心，呕吐，头痛。在血药浓度高时可有癫痫发作、发热、心动过速、心律不齐，甚至死亡，影响茶碱代谢而使其排泄减慢的因素很多如发热、肝脏疾病、充血性心力衰竭及合用药物喹诺酮类、大环内酯类等，故应引起医务工作者的重视，并适当调整剂量。

（四）治疗特色

哮喘在急性发作期，应采取中西医结合的方法，根据阶梯治疗原则合理应用糖皮质激素、解痉平喘、抗生素等药物，针对酸碱失衡、电解质紊乱等予以对应处理。危重患者还应及时采取面罩或气管插管辅助机械通气等一系列抢救措施。在缓解期医生应根据哮喘患者的严重程度及气道炎症情况选择用药、调节药物剂量和给药次数，特别是表皮激素吸入制剂的应用方法、剂量和疗程等都应该仔细讲解，并且积极做好哮喘的宣传教育工作，使哮喘患者正确认识疾病，认真配合用药，提高疗效。

由于哮喘是一种慢性疾病，经常反复发作，迁延难愈。部分儿童、青少年到成年时，其肾气日盛，正气渐充，辅以药物治疗，可以停止发作。但中年、老年、体弱病久者，肾气渐衰，发作频繁，不易根除，或在平时亦有轻度哮鸣气喘。故在哮喘未发作之时，应根据患者肺虚、脾虚、肾虚各自的特点，可用平补肺肾或益气补肾之剂以扶正固本。但临床上多有错杂并见，表现各异，治疗时应辨证施治，区别主次，适当兼顾。

（五）注意事项

对本病须重视预防。如注意气候影响，做好防寒保暖，防止外邪诱发；忌吸烟和避免接触刺激性气体、灰尘、花粉等各种诱因；饮食忌生冷、肥腻、辛辣、海膻等物，薄滋味，以杜生痰之源；防止过度疲劳和情志刺激；以减少症状发作的机会。

四、疗效评估

临床控制：临床控制的标准是症状完全缓解，即使偶有发作可自行缓解。肺功能：FEVl(或PEF)增加量>35％，或治疗后FEVl(或PEF)≥80％预计值，PEF昼夜波动率<20％。

显效：显效的标准症状较治疗前有明显好转。肺功能：FEVl(或PEF)增加量范围25％～35％，或治疗后FEVl(或PEF)60％一79％预计值，PEF昼夜波动率<20％，仍需用糖皮质激素或支气管扩张剂。

好转：好转的标准是症状有所减轻。肺功能：FEVl(或PEF)增加量范围15％～24％，仍需用糖皮质激素或支气管扩张剂。

无效：无效的标准是临床症状和肺功能测定值无改善或反而加重。哮喘控制的标准：

1. 最小(最好没有)慢性炎症，包括夜间症状。
2. 哮喘发作次数减至最少。
3. 无需因哮喘而急诊。
4. 最少(或最好不需要)按需使用p：激动剂。
5. 没有活动(包括运动)限制。
6. PEF昼夜波动率<20％。
7. PEF正常或接近正常。
8. 最少或没有药物不良反应。

头痛（偏头痛）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

按照《实用中医内科学》（王永炎、严世芸主编，上海科技出版社 2009年）。

（1）主要症状：头痛，或全头痛，或局部疼痛，性质可为剧痛、隐痛、胀痛、搏动痛等。急性起病，反复发作，发病前多有诱因，部分病人有先兆症状。

（2）辅助检查：血常规、测血压，必要时进行颅脑CT、MRI、MRA检查、脑脊液、脑电图、经颅多普勒彩色超声（TCD），排除器质性疾病。

2.西医诊断标准

按照《国际头痛疾病分类》第三版（ICHD-Ⅱ）（HIS，2020年）。

（1）偏头痛不伴先兆

A.至少5次疾病发作符合标准B-D。

B.每次疼痛持续4～72小时（未治疗或治疗无效）。

C.至少具有下列之中两个特征：①单侧性；②搏动性；③程度为中度或重度（日常活动受限或停止）；④因日常的体力活动加重，或导致无法进行日常运动（如走路或爬楼梯）。

D.发作期间至少具有下列的一项：①恶心和/或呕吐；②畏光和怕声。

E.不能归因于另一疾病。

（2）偏头痛伴典型先兆

A.至少2次疾病发作符合标准B～D。

B.先兆包括以下症状至少一种，但没有运动机能减弱：①完全可逆的视觉症状，包括阳性的表现（如：点状色斑或线形闪光幻觉）和/或阴性的表现（如视野缺损）；②完全可逆的感觉症状，包括阳性的表现（如针刺感）和/或阴性的表现（如麻木）；完全可逆的言语困难性语言障碍。

C.以下标准至少二项：①双侧视觉症状和/或单侧感觉症状；②至少一种先兆症状逐渐发展历时≥5分钟和/或不同的先兆症状相继出现历时≥5分钟；③每种症状持续≥5分钟且≤60分钟。

D.头痛符合无先兆偏头痛的标准B～D，开始时伴有先兆症状发生，或在先兆发生后60分钟以内出现。

E.不能归因于另一疾病。

（3）偏头痛其他类型

（二）证候诊断

1.肝阳上亢证：头痛而胀，或抽搐跳痛，上冲巅顶，面红耳赤，耳鸣，心烦易怒，口干口苦，或有胁痛，夜眠不宁，舌红，苔薄黄，脉沉弦有力。

2.痰浊内阻证：头部跳痛伴有昏重感，胸脘满闷，呕恶痰涎，苔白腻，脉沉弦或沉滑。

3.瘀血阻络证：头痛跳痛或如锥如刺，痛有定处，经久不愈，面色晦黯，舌紫或有瘀斑、瘀点，苔薄白，脉弦或涩。

4.气血两虚证：头痛而晕，遇劳则重，自汗，气短，畏风，神疲乏力，面色晄白，舌淡红，苔薄白，脉沉细而弱。

5.肝肾亏虚证：头痛，颧红,潮热，盗汗，五心烦热，烦躁失眠，或遗精，舌红而干，少苔或无苔，脉弦细或弦细数。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1.肝阳上亢证

治法：平肝潜阳，熄风止痛

（1）推荐方药：天麻钩藤饮加减。天麻、钩藤、生石决明、牛膝、益母草、山栀子、黄芩、茯神、夜交藤、桑寄生等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

选穴：风池、太阳、百会、太冲、太溪。

操作：毫针刺，风池、太阳、百会用平补平泻，太冲、太溪行补法，每日1次，10次为1疗程。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用平肝潜阳、熄风止痛类中药，煎煮后洗按足部，每日1～2次，每次20～30分钟（注意：水温宜小于42℃，泡足几分钟后再逐渐加水至踝关节以上，水温不宜过高，以免烫伤皮肤）。

（4）饮食疗法

宜进食平肝养肝的食品，如：天麻、菊花、羊、鲍鱼、鳄鱼等，食疗方：天麻鱼头汤、鲜鲍鱼（带壳）瘦肉汤、菊花茶等。

2.痰浊内阻证

治法：燥湿化痰，降逆止痛

（1）推荐方药：半夏白术天麻汤加减。半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、甘草、生姜、大枣等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

选穴：风池、太阳、百会、率谷、头维、足三里、丰隆、阴陵泉。

操作：毫针刺，风池、太阳、百会、率谷、头维行平补平泻，足三里、丰隆、阴陵泉行泻法，每日1次，10次为1疗程。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用燥湿化痰、降逆止痛类中药，煎煮后洗按足部，每日1～2次，每次20～30分钟，（注意：水温宜小于42℃，泡足几分钟后再逐渐加水至踝关节以上，水温不宜过高，以免烫伤皮肤）。

（4）饮食疗法

宜进食健脾和胃、燥湿化痰的食品，如：茯苓、薏苡仁、山药、陈皮、杏仁等。食疗方：山药薏米粥、茯苓猪骨汤、陈皮排骨等。

3.瘀血阻络证

治法：活血化瘀，行气止痛

（1）推荐方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、川芎、生地、当归、白芍、羌活、独活、鸡血藤、白芷、细辛、防风、泽泻、薏苡仁等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

选穴：风池、太阳、百会、阿是穴、膈俞、血海、三阴交。

操作：毫针刺，风池、太阳、百会、三阴交、膈俞用平补平泻，阿是穴、血海行泻法，每日1次，10次为1疗程。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用活血化瘀、行气止痛类中药，煎煮后洗按足部，每日1～2次，每次20～30分钟，（注意：水温宜小于42℃，泡足几分钟后再逐渐加水至踝关节以上，水温不宜过高，以免烫伤皮肤）。

（4）饮食疗法

宜进食活血化瘀的食品，如：桃胶、当归、山楂、酒糟、栗子等，食疗方：桃胶红枣羹、山楂饼、当归红枣汤等。

4.气血两虚证

治法：补气养血，缓急止痛

（1）推荐方药：八珍汤加减。川芎、熟地、当归、白芍、白术、党参、茯苓、甘草、黄芪、鸡血藤等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

选穴：风池、太阳、百会、气海、血海、足三里。

操作：毫针刺，风池、太阳、百会用平补平泻，气海、血海、足三里行补法，每日1次，10次为1疗程。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用补气养血、缓急止痛类中药，煎煮后洗按足部，每日1～2次，每次20～30分钟，（注意：水温宜小于42℃，泡足几分钟后再逐渐加水至踝关节以上，水温不宜过高，以免烫伤皮肤）。

（4）饮食疗法

宜进食健脾益气养血的食品，如：阿胶、人参、比目鱼、苋菜、大枣等，食疗方：黄酒冰糖炖阿胶、人参鸽子汤、红枣蒸比目鱼等。

5.肝肾亏虚证

治法：滋养肝肾，育阴潜阳

（1）推荐方药：大补元煎加减。山药、杜仲、熟地、当归、山茱萸、枸杞、甘草、人参等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（2）针刺治疗

选穴：太阳、百会、肾俞、肝俞、太冲、太溪。

操作：毫针刺，太阳、百会用平补平泻，肾俞、肝俞、太冲、太溪行补法，每日1次，10次为1疗程。

（3）中药泡洗技术

根据患者证候特点选用滋养肝肾、育阴潜阳类中药，煎煮后洗按足部，每日1～2次，每次20～30分钟，（注意：水温宜小于42℃，泡足几分钟后再逐渐加水至踝关节以上，水温不宜过高，以免烫伤皮肤）。

（4）饮食疗法

宜进食滋养肝肾的食品，如：鲈鱼、乌鸡、枸杞子、石斛、淡菜等，食疗方：石斛瘦肉汤、红枣枸杞乌鸡汤、淡菜山药汤等。

（二）其他中医特色疗法

以下中医医疗技术可用于多种证型。

1.辨经取穴针刺法

十二经脉中，六阳经及足厥阴经循行于头的不同部位，故可将头痛分为阳明、少阳、太阳和厥阴头痛。

（1）阳明头痛：疼痛部位在前额、眉棱、鼻根部。

取穴：头维、印堂、阳白、合谷、内庭、阿是穴。

（2）少阳头痛：疼痛部位在侧头部。

取穴：太阳、丝竹空、率谷、风池、外关、侠溪、阿是穴。

（3）太阳头痛：疼痛部位在后枕部，或下连于项。

取穴：天柱、后顶、风池、后溪、昆仑、阿是穴。

（4）厥阴头痛：疼痛部位在巅顶部，或连于目系。

取穴：百会、四神聪、太冲、阿是穴。

2.推拿治疗：一般头痛可开天门，推坎宫，按揉太阳穴，拿五经，拿风池穴，点按合谷穴。

3.阿是穴邻点透刺加缠针震颤法（国家中医药管理局农村中医适宜技术推广项目）

针具选择：0.3mm直径，长40mm的不锈钢毫针。

操作方法：标出阿是穴，平刺进针，若痛点在颞部，从丝竹空向阿是穴透刺；若痛点在眉棱部，从攒竹横透至阿是穴；进针得气后，向右轻轻捻转针柄180～360度，使软组织轻轻缠绕针尖，然后行250～500次/分的震颤法1分钟，轻轻回转针柄180～360度，留针5分钟；如此反复操作5次后出针。出针时应注意按压针孔1分钟以防出血。

4.热敏灸疗法

热敏灸是一种提高艾灸疗效的新型灸法。头痛患者的热敏穴位以头面部、背部及小腿外侧为高发区，如头部压痛点、风池、率谷、至阳、肝俞、阳陵泉等区域。每次选取上述2～3组穴位，每次治疗以灸至感传消失为度。

5.塞鼻法

塞鼻法是指选用活血、通络、止痛等中药研细末后，用布袋包少许药末塞鼻的一种中医外治法。左侧头痛塞右鼻孔，右侧头痛塞左鼻孔，发作时用。如用川芎、白芷、制远志各50g，冰片7g，共为细末，和匀，用布袋包少许药末塞鼻。也可采用搐鼻法，将中药研末后，每次用少许药末吸入鼻内。

6.中医诊疗设备

光电治疗仪、疼痛治疗仪可辅助止痛。

（三）西药治疗

如头痛发作24小时仍不能缓解，或者头痛程度中度以上，或者患者不能忍受时，可选择配合应用其他能缓解偏头痛发作的治疗方法，以镇静、镇痛、调节血管舒缩功能为治疗原则，可选用止吐药、非甾体类药、曲坦类药等。

根据病因，采取相应的治疗手段，积极除去诱因，如避免食用富含酪氨酸或亚硝酸盐的食物；停用血管扩张剂或口服避孕药等可能诱发头痛发作的药物；注意心理疏导，避免紧张、焦虑、疲劳等诱发因素，可配合选用音乐疗法、心理疗法等。

（四）护理调摄要点

1.护理要点：包括体位选择（静卧）、避光、饮食、并发症的预防与护理等，并注意做好健康宣教工作。

2.饮食调理：忌食辛辣刺激性食品，戒烟、戒酒、限制浓茶、咖啡等饮品等，避免食用巧克力、奶酪及鸡肝、番茄等富含酪氨酸的食物，多吃高维生素、低脂肪的新鲜蔬菜和水果, 多喝水。

3.情志调理：重视情志护理，避免情志刺激。

三、疗效评价

参照中华医学会疼痛学分会头面痛学组2016年发布的《中国偏头痛防治指南》和2009年欧洲神经病协会联盟（European Federation of Neurological Societies, EFNS）发布的《EFNS偏头痛药物治疗指南修订》（《guideline on the drug treatment of migraine revised report of an EFNS task force》）进行制定。

（一）发作期治疗疗效评价

临床缓解：用药24小时内疼痛消失，其后48小时内头痛无再次发作。

有效：用药24小时内头痛症状从中度、重度减轻到轻度，其后48小时内并维持疼痛减轻。

无效：用药72小时内头痛无明显缓解。

（二）预防性治疗疗效评价

偏头痛预防性治疗的目的是降低发作频率、减轻发作程度、减少失能、增加急性发作期治疗的疗效，偏头痛预防性治疗的有效性指标包括：偏头痛发作频率、头痛持续时间、头痛程度、头痛的功能损害程度及急性期对治疗的反应。

1.主要疗效指标：

有效：近3个月内，每个月头痛发作次数减少50%以上。

无效：近3个月内，每个月头痛发作次数减少不足50%。

2.次要疗效指标：

（1）疗效判定

利用头痛日记记录治疗前以及治疗后头痛每月平均发作次数、每月平均头痛天数、头痛程度的分级、伴随症状，并根据积分法判定疗效。

治疗前积分-治疗后积分

疗效指数（n）= ×100%

治疗前积分

临床控制：临床症状、体征积分改善≥95%。

显 效：临床症状、体征积分改善≥70% ＜95%。

有 效：临床症状、体征积分改善≥30% ＜70%。

无 效：临床症状、体征积分改善＜30%。

（2）评价方法

选用症状记分法+视觉模拟评分法来评价。

①症状记分法

头痛发作次数：0分：无发作。

3分：每月发作2次以下（≤2次）。

6分：每月发作3-4次。

9分：每月发作5次以上（≥5次）。

注：如果头痛在上次缓解后48小时内重新出现，应视为一次发作。

头痛持续时间：0分：无发作。

3分：每月平均发作时间≤12小时。

6分：每月平均发作时间持续＞12小时≤2天。

9分：每月平均发作时间持续＞2天。

头痛程度分级：0分：无痛，量表测定数字为0。

3分：轻度疼痛，0＜视觉模拟评分≤3。

6分：中度疼痛，3＜视觉模拟评分≤6。

9分：重度疼痛，6＜视觉模拟评分≤10。

伴随症状： 0分：无。

1分：伴有恶心、呕吐，畏光、怕声其中1项。

2分：伴有恶心、呕吐，畏光、怕声其中2项。

3分：伴有恶心、呕吐，畏光、怕声其中3项。

计算以上各项评分之和，作为症状积分法得分。

②视觉模拟评分法(Visual analogue scale, VAS)

在记录纸上标记一条10cm长的横线，横线的一端为0，表示无疼痛；另一端为10，表示无法忍受的疼痛；中间部分表示不同程度的疼痛。让病人根据自己头痛的情况在横线上划一记号，表示头痛的程度。

|  |
| --- |
| 0│————————————————————————————│10 |
| 无疼痛 无法忍受的疼痛 |